CONSIDÉRATIONS

N°. 70.

SUR

LA PLEURÉSIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 13 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-J.-DÉSIRÉ DEBAVAY, d'Amsterdam,

(Pays-Bas);

Bachelier ès-lettres; Chirurgien militaire bréveté.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier, *Suppléant.*	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Piété filiale.

A MON BEAU-FRÈRE,

A. DEBENESSE,

Agent principal de l'entreprise des transports militaires.

Témoignage d'amitié et de reconnaissance.

J.-J.-D. DEBAVAY.

A MA MÈRE.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PLEURÉSIE.

Définition.

On donne le nom de *pleurésie* à l'inflammation d'une portion plus ou moins étendue de la plèvre.

Quoique cette maladie ait été observée dès la plus haute antiquité, on ne l'a bien étudiée que dans ces derniers temps.

Hippocrate, par le mot πλευριτις, entendait toute douleur de côté, et surtout lorsqu'elle se manifeste avec un caractère aigu. Dans le siècle dernier, quelques médecins ont eu des discussions fréquentes pour savoir si la douleur, qui est le symptôme le plus ordinaire de cette phlegmasie, avait son siége dans la plèvre ou dans le poumon. Long-temps aussi on a cru que la pleurésie s'accompagnait constamment de l'inflammation du poumon; mais, depuis les travaux de *Bichat*, *Pinel* et *Laennec*, toute incertitude à cet égard a cessé, et aujourd'hui il est généralement reconnu que l'inflammation de la plèvre peut exister isolément et indépendamment des organes qu'elle recouvre.

La pleurésie peut être aiguë ou chronique; on l'appelle *pleurésie*

double, quand l'inflammation occupe les deux plèvres à la fois; *pleurésie partielle*, quand elle n'occupe qu'une portion peu étendue de cette membrane : elle peut avoir lieu avec ou sans épanchement.

La pleurésie se présente souvent d'une manière épidémique, sans qu'on puisse en connaître la cause : sa plus grande fréquence en hiver et au printemps ne saurait éclairer ce point de médecine; car, dans certaines années, elle a été beaucoup plus commune, quoique la température n'ait pas offert les mêmes conditions.

Causes.

La plupart des causes de la pleurésie sont absolument les mêmes que celles de la pneumonie : ainsi, l'âge adulte, le tempérament sanguin, la mauvaise conformation de la poitrine, l'impression subite d'un air froid, l'immersion du corps dans l'eau froide pendant que l'on est en sueur, les boissons à la glace, les coups, les chutes sur la poitrine; la suppression de quelque évacuation habituelle, etc., etc., sont autant de causes prédisposantes et déterminantes de l'une ou de l'autre de ces affections. Nous ne nous arrêterons donc point à l'examen de ces causes, qui ne peuvent éclairer que faiblement sur le diagnostic, et nous passerons de suite à d'autres, qui peuvent plus spécialement produire l'inflammation de la plèvre.

L'inflammation du poumon détermine presque toujours une légère phlegmasie de la membrane qui l'enveloppe. Les tubercules pulmonaires, encore crus et peu nombreux, provoquent le plus ordinairement de légères pleurésies partielles, qui s'annoncent surtout par de petites douleurs de côté, et qui donnent lieu aux adhérences celluleuses de la plèvre, adhérences presque constantes chez les phthisiques. Lorsque les tubercules sont immédiatement développés sous la plèvre pulmonaire, ils causent une pleurésie qui se termine le plus communément par un épanchement.

Les solutions de continuité du poumon à sa surface extérieure (d'où résulte une libre communication entre la cavité de la plèvre

et les bronches) et le contact de l'air extérieur sur la plèvre produisent encore la pleurésie. Cette solution de continuité dépend ou de l'ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre, ou d'un foyer gangréneux. Les pleurésies produites par ce genre de causes sont assez souvent partielles ; la collection de pus se trouve circonscrite par de fausses membranes qui, nées du pourtour de la fistule pulmonaire, constituent des cloisons qui se fixent par leur autre extrémité à un point quelconque des parois thoraciques. Ordinairement aiguës, ces pleurésies affectent quelquefois une marche chronique, et peuvent être même plus ou moins complètement latentes.

A la suite de l'amputation d'un membre affecté de tumeur blanche, des épanchemens de pus se forment souvent dans la plèvre.

Enfin, *Bichat* paraît croire que l'inflammation du péritoine a pu se communiquer par diffusion à la plèvre.

Symptômes.

Comme presque toutes les affections aiguës, la pleurésie est précédée d'un malaise, d'une lassitude et de douleurs vagues dans les membres; l'invasion est marquée par une douleur au-dessous de l'un des seins, précédée ou accompagnée de frissons suivis de chaleur; en même temps on observe une toux sèche, de la dyspnée, de la fièvre, et surtout un obscurcissement du bruit respiratoire au côté où existe la douleur. S'il ne se forme point d'épanchement, ces symptômes se dissipent quelquefois en peu de temps; s'il y a épanchement, le son devient mat, le bruit d'expansion pulmonaire est d'abord faible, puis nul; la voix passe altérée à travers le cylindre; la dilatation du côté affecté se prononce plus ou moins. Dans cet état, la pleurésie ou se termine par la mort, ou passe à l'état chronique. Quelquefois il s'établit une communication entre la cavité de la plèvre et l'extérieur, soit à travers les parois thoraciques, soit à travers les bronches : cet accident ne fait qu'accélérer la terminaison funeste.

Examen des symptômes.

La *douleur* est vive, pongitive, fixe; elle se fait ordinairement sentir au-dessous de l'un ou de l'autre sein, ou à leur niveau, bien que l'inflammation soit beaucoup plus étendue; quelquefois elle occupe tout un côte du thorax. Dans la pleurésie diaphragmatique, elle règne surtout le long du rebord cartilagineux des fausses-côtes; elle augmente par la pression, la percussion, le décubitus sur le côté affecté, l'inspiration, la toux, et enfin par les divers mouvemens du thorax. Lorsqu'elle est très-vive, les malades ne font que de très-courtes inspirations, et redoutent le moindre effort de toux; chez d'autres, elle est modérée, et ne se fait sentir que dans les inspirations profondes. Quelquefois la douleur manque complètement; souvent, dès le début, elle est d'abord vague, fugitive, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elle devient fixe et continue.

La *respiration* est presque toujours gênée, les mouvemens inspiratoires sont courts et accélérés; cette gêne augmente surtout par l'usage de la parole et par le moindre mouvement.

La *toux* est petite, fréquente et comme avortée; le malade semble faire des efforts pour la réprimer; elle est ordinairement sèche ou suivie d'une expectoration purement muqueuse, à moins qu'il ne se soit établi une communication entre la cavité des plèvres et les bronches : le liquide épanché est alors évacué par l'expectoration. L'odeur alliacée des crachats a été considérée comme un indice certain de cette source; cependant une semblable odeur a quelquefois été observée dans de simples bronchites. Le diagnostic ne pourrait donc acquérir de certitude, que si l'on voyait disparaître les symptômes de l'épanchement à mesure que l'expectoration s'établit. L'évacuation d'une collection pleurétique à travers les bronches peut être suivie du retour à la santé ou de la mort. Dans le premier cas, lorsque le foyer s'est vidé, ses parois cessent de sécréter de nouveau pus; elles se rapprochent et s'unissent par des adhérences qui deviennent de

plus en plus intimes; le poumon, qui a été long-temps comprimé, se laisse peu à peu pénétrer par l'air, et reprend son volume primitif. Dans le second cas, le malade meurt asphyxié, ou bien par l'épuisement où le jette l'abondance de la sécrétion morbide de la plèvre.

Le *décubitus* sur l'un des côtés ne peut servir de signe pathognomonique de l'existence de la pleurésie, ou de la connaissance de son siége; car si l'on a observé que le plus grand nombre des malades se couchent sur le côté sain, on en a vu aussi qui ne pouvaient supporter le décubitus que sur le côté affecté, et d'autres sur le dos. Mais, s'il existe un épanchement un peu considérable, il est généralement admis par les auteurs que le décubitus a lieu sur le côté où cet épanchement a son siége.

La *dilatation des parois du thorax*, lorsqu'il y a épanchement, est un signe beaucoup plus positif; dans ce cas, les côtes et les cartilages présentent la situation où ils se trouvent dans les grandes inspirations; les espaces intercostaux bombés dépassent le niveau des côtes; on peut quelquefois sentir à travers les muscles une fluctuation évidente. Malheureusement, la dilatation du thorax est loin d'être un phénomène constant, lors même qu'une grande quantité de liquide est épanchée dans la plèvre. Lorsque l'épanchement commence à se résorber, et qu'une cause quelconque empêche le poumon de se dilater convenablement et de se rapprocher suffisamment des côtes, ces dernières s'affaissent pour combler le vide qui existe entre elles et le poumon; le côté où a existé l'épanchement devient alors plus étroit que le côté sain.

L'*obscurcissement de la sonoréité*, puis *la matité complète*, dans le cas d'épanchement, n'existent d'abord qu'inférieurement et postérieurement; puis ils s'étendent à tout le côté affecté. Dans plusieurs cas de pleurésie interlobaire, diaphragmatique, médiastine, la sonoréité reste intacte. Dès le début de la pleurésie, lorsque la douleur est vive, quoiqu'il n'y ait pas encore d'épanchement, le bruit respiratoire est plus faible du côté affecté, parce que l'intensité de la douleur porte instinctivement le malade à dilater moins fortement les

parois thoraciques de ce côté: de là, diminution de la quantité d'air qui, dans un temps donné, pénètre le poumon.

Lorsque l'épanchement commence à se former, le bruit respiratoire s'affaiblit, et il diminue à mesure que l'épanchement augmente, tandis qu'il s'exagère de l'autre côté.

L'*égophonie*, ou *voix chevrotante*, n'est pas un moyen infaillible de diagnostic; souvent variable dans ses bruits, et n'ayant lieu que dans une certaine proportion de liquide épanché, on l'observe également dans des cas d'induration pulmonaire.

La dureté, la fréquence et le developpement du pouls, l'augmentation de la chaleur, la sécheresse ou l'humidité de la peau, la rougeur de la face; la soif vive, la perte de l'appétit, la rareté des urines, et quelquefois un léger délire, sont encore des phénomènes généraux qui, subordonnés pour l'intensité à l'étendue de l'inflammation locale, accompagnent ordinairement la pleurésie aiguë.

Dans la pleurésie chronique, le pouls conserve une fréquence habituelle qui augmente chaque soir, et chaque soir aussi la chaleur de la peau s'élève.

Complications.

Les affections gastriques, la pneumonie et la péricardite sont les maladies qui se compliquent le plus fréquemment avec la pleurésie.

Lorsqu'aux symptômes de la pleurésie se joignent l'amertume de la bouche, l'enduit jaunâtre de la langue, une soif intense, un sentiment douloureux à l'épigastre, et enfin tous les phénomènes qui caractèrisent l'état bilieux des premières voies, cette complication constitue la *pleurésie bilieuse* de Stoll; elle attaque ordinairement les personnes fortement constituées, d'un tempérament bilioso-sanguin, et se développe sous l'influence des causes réunies de la pleurésie et de la fièvre gastrique.

La complication de l'inflammation de la plèvre avec la péricardite est souvent difficile à reconnaître : les symptômes sont, en général, plus intenses que dans la pleurésie simple; en outre, on observe des

palpitations et des battemens tumultueux dans la région du cœur, des défaillances, un pouls petit, fréquent et souvent irrégulier, etc.

Diagnostic.

La pleurésie aiguë peut être confondue avec la pleurodynie fébrile. Dans celle-ci il y a également douleur de côté, qui augmente par la toux, les divers mouvemens du thorax et le décubitus sur le côté affecté ; mais cette dernière maladie est presque toujours précédée de douleurs aiguës, soit aux membres supérieurs, soit aux inférieurs. En outre, la douleur de côté est très-superficielle et augmente par la plus légère pression ; elle est aussi extrêmement mobile. Ces caractères, je crois, suffiront pour la faire distinguer de l'inflammation de la plèvre.

La pleurésie peut encore être confondue avec la pneumonie et la péricardite : les symptômes caractéristiques de ces deux affections, comparés à ceux que nous avons décrits plus haut, serviront à établir le diagnostic.

Prognoctic.

La pleurésie est une maladie grave ; car, si quelquefois elle se termine heureusement, quelquefois aussi elle est mortelle, malgré tous les moyens de traitement qu'on lui oppose. Le prognostic est d'autant plus fâcheux que l'inflammation est étendue à une plus grande portion de la plèvre, que les symptômes généraux qu'elle détermine offrent plus d'intensité, que l'affection est plus ancienne, et, lorsqu'il existe un épanchement de liquide, que sa quantité est plus considérable.

Le prognostic de la pleurésie varie encore suivant les complications, l'âge et la constitution des individus qu'elle affecte. Nous croyons inutile de développer ici ces propositions.

Nécropsie.

Lorsque des individus atteints d'une pleurésie légère succombent à une autre maladie, souvent la plèvre paraît rouge dans une étendue plus ou moins grande ; mais après un examen attentif, on reconnaît bientôt que cette rougeur est uniquement due à l'injection des vaisseaux qui rampent dans le tissu sous-séreux ; la membrane elle-même a conservé sa transparence, et aucun vaisseau ne s'y ramifie.

Si l'inflammation est intense, la membrane séreuse elle-même offre alors des vaisseaux sanguins apparens, tantôt rares et troublant à peine la transparence, tantôt agglomérés, anastomosés, de manière à produire de simples points, de longues stries, de larges plaques, des bandes plus ou moins sinueuses, enfin une teinte rouge uniforme.

La plèvre augmente très-rarement d'épaisseur : quelquefois elle se détache de la surface pulmonaire avec beaucoup plus de facilité que dans l'état sain, ce qui provient probablement de l'altération du tissu cellulaire interposé.

Lorsqu'il y a altération de sécrétion, la membrane ne présente souvent dans sa texture aucun changement appréciable.

La quantité du liquide exhalé peut s'élever à plusieurs pintes. Lorsqu'elle est considérable, le diaphragme, fortement repoussé en bas, fait saillir les viscères abdominaux, et surtout le foie et la rate ; les côtes sont écartées, les espaces intercostaux agrandis et fortement bombés en dehors ; le médiastin dévié du côté opposé à celui où existe l'épanchement ; le cœur lui-même, dans les épanchemens à gauche, est parfois reporté à droite, et sa pointe se rapproche tellement du sternum, que, pendant la vie, ses battemens ne s'entendent plus que derrière cet os ; le poumon, refoulé vers la colonne vertébrale, n'existe souvent plus que sous forme d'une lame mince, qui occupe un très-petit espace le long du canal rachidien.

Quant aux qualités du liquide, il est des cas où l'on ne trouve dans

la plèvre qu'une sérosité incolore ou citrine, parfaitement limpide et transparente; d'autres fois, au milieu de la sérosité limpide nagent quelques flocons albumineux, dont la plus grande partie se précipite au fond, ou bien en flocons plus abondans qui tendent à se dissoudre dans la sérosité et en troublent la transparence; quelquefois le liquide est jaune, vert, brun ou grisâtre, très-épais et comme bourbeux, parfois tout à fait purulent. Dans certains cas, rares à la vérité, le liquide, renfermé dans des loges pseudo-membraneuses, ressemble à de la gelée de viande demi-liquéfiée, ou à la matière des méliceris.

Les liquides épanchés sont presque toujours inodores; mais, dans le cas de fistule pulmonaire, communiquant au dehors par les bronches ou par une solution de continuité des parois thoraciques, ils offrent souvent une grande fétidité.

Des gaz existent aussi dans la plèvre, soit seuls, soit mêlés à un liquide : le sifflement qu'ils produisent au moment où l'on incise les côtes, l'état spumeux du liquide, sont autant de circonstances qui dénotent leur présence.

La forme des pseudo-membranes de la plèvre est très-variable : souvent ce sont des granulation miliaires isolées, et qu'on prendrait pour de petits tubercules; d'autres fois de larges concrétions, dont la surface est tantôt polie, tantôt rugueuse, tantôt parcourue par des filamens déliés, qui, par leur entrecroisement, lui donnent un aspect aréolé. Souvent ces concrétions s'allongent en brides, qui forment des adhérences d'une des surfaces de la plèvre à l'autre. Ces adhérences sont quelquefois très-multipliées au milieu du liquide, et l'enferment dans des espèces de loges; tant qu'elles sont récentes, elles sont molles et facilement déchirables; mais tôt ou tard les adhérences se transforment en un véritable tissu cellulaire, qui unit étroitement les deux surfaces de la plèvre : c'est dans cet état qu'on les rencontre chez les sujets qui ont eu d'anciennes pleurésies.

Les pseudo-membranes sont le plus souvent incolores; leur épaisseur n'est pas parfois plus grande que celle de la plèvre elle-même;

elles sont souvent superposées, et on les enlève de dessus la plèvre sous forme de pellicules très-minces. Le plus ordinairement l'épaisseur des pseudo-membranes surpasse de beaucoup l'épaisseur naturelle de la plèvre.

Les fausses membranes passent quelquefois à l'état fibreux, cartilagineux, et même osseux ; mais le tissu accidentel le plus commun dans la plèvre est le tissu tuberculeux : ces tubercules naissent au milieu même des fausses membranes ; ils sont très-nombreux, miliaires, et se multiplient souvent avec une extrême rapidité.

Traitement.

Lorsque la pleurésie est légère, qu'elle ne détermine que peu de trouble dans l'appareil circulatoire, l'application de quelques sangsues sur le point douloureux, le repos, le régime et l'usage d'une boisson adoucissante, suffisent le plus ordinairement pour amener une prompte guérison.

Mais si l'inflammation de la plèvre détermine des phénomènes généraux un peu intenses, il faut recourir alors à des moyens plus actifs; dans ce cas, on pratiquera une large et copieuse saignée du bras, qui sera suivie immédiatement de l'application d'un grand nombre de sangsues sur le point douloureux. Il arrive souvent qu'après la première saignée la douleur de côté diminue, la respiration devient plus facile, le pouls moins dur et moins fréquent; tous les symptômes enfin diminuent sensiblement : cette rémission cesse souvent au bout de peu de temps, et tous les phénomènes inflammatoires reparaissent avec leur première intensité. L'indication à suivre dans cette circonstance est de répéter la saignée ; on devra y revenir jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amendement bien remarquable. La saignée locale, au moyen de l'application de sangsues, sera pratiquée sur le point douloureux. Quelques auteurs, considérant la suppression d'une hémorrhagie, des menstrues, des lochies comme causes de pleurésie, conseillent d'appliquer les sangsues aux grandes lèvres. Cette médication

n'est pas toujours rationnelle, puisque ces écoulemens ne se suppriment la plupart du temps que par suite de l'inflammation de la plèvre, déterminée par une autre cause, et reparaissent dès que la pleurésie a cessé. Il est donc souvent plus utile d'appliquer les sangsues à l'endroit où se manifestent les signes de la phlegmasie, cause de la suppression.

Des cataplasmes émolliens chauds, des fomentations de même nature seront placés sur le côté douloureux; ils auront pour double avantage d'y maintenir une douce chaleur et de prolonger l'écoulement de sang produit par les sangsues.

On se réglera pour le nombre des saignées, pour la quantité de sang à évacuer, sur la persistance et l'intensité des symptômes, sur l'âge et la constitution du malade. Celui-ci sera en même temps placé dans le lit, la tête un peu élevée; on lui recommandera de parler le moins possible, et de résister, autant qu'il le pourra, au besoin de tousser: il sera aussi mis à la diète la plus absolue; on prescrira, pour boisson, l'eau d'orge, l'eau gommée, l'infusion de bouillon blanc, etc., ou toute autre tisane mucilagineuse et adoucissante; on pourra également ordonner des potions pectorales, des juleps, des émulsions, dont on fera prendre de temps en temps une cuillerée. Lorsque, malgré ces moyens, la douleur persiste, la toux reste opiniâtre, quelques praticiens conseillent de recourir à l'usage de l'opium. M. *Broussais* considère cette substance comme très-efficace contre les inflammations de poitrine qui résistent à l'action des antiphlogistiques. Lorsque l'inflammation de la plèvre n'a point entièrement cédé au traitement qui vient d'être indiqué, qu'il se manifeste des signes d'épanchement, on aura recours aux révulsifs : à cet effet, on appliquera un large vésicatoire sur la poitrine, et on l'entretiendra pendant un certain temps. Plus tard, si la maladie tend à se prolonger, on pourra remplacer le vésicatoire par un séton, ou par un moxa, qui sera transformé en un profond cautère. On secondera l'effet des exutoires par des remèdes évacuans; le sel de nitre, l'oxymel scillitique, l'infusion de digitale, sont généralement employés;

les sels neutres, de soude et de magnésie sont les purgatifs doux qu'on pourra également prescrire.

Dans l'état tout à fait chronique de la pleurésie, la continuation des révulsifs indiqués ci-dessus, un régime adoucissant, un exercice modéré, l'habitation à la campagne pendant la belle saison, sont, pour la plupart des cas, les seuls moyens de traitement dont on puisse conseiller l'usage.

Dans l'une et l'autre circonstance, lorsque l'épanchement est très-considérable, que la dyspnée est extrême, on pourra recourir à l'opération de l'empyème : mais, avant de se décider à ce moyen, on devra se rappeler que si l'on pratique l'opération lorsque l'inflammation persiste encore, elle est inutile ; que quelquefois aussi de fausses membranes, denses et solides, recouvrent le poumon, le maintiennent appliqué sur les côtés du rachis, et ne lui permettent point de se rapprocher des côtes. Enfin, la difficulté de distinguer d'une manière sûre, dans tous les cas, s'il y a épanchement pleurétique ou hépatisation du poumon, est encore une des causes qui doivent s'opposer à ce que l'on pratique fréquemment l'empyème : cette opération ne doit donc être tentée que lorsque, outre les signes ordinaires de l'épanchement, il y a dilatation non douteuse du thorax et fluctuation manifeste à travers les espaces intercostaux, qui, rejetés en dehors, dépassent le niveau des côtes.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

V.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.